

## 予 診 表

年 月 日

ふりがな		年齢	愛称
お名前			
ご住所	〒 -	自宅電話	( )
連絡先 携帯電話	( )		

～ 保護者の方へ ～

歯の治療は大人でも嫌なもの、まして子供ならなおさらです。当院では、なるべく押さえつけての治療はしないようにしております。

押さえつけて完璧な治療をするよりも、恐怖心をうえつけずに、理解できる年齢になるまで、可及的な短い間隔で行っていくことが、これから長い道のりに対して重要と考えております。

大きな愛を持って接していくので、ご協力をお願い致します。

診療の参考にさせていただきます。分かる程度で結構ですのでご記入下さい。

- ★ 来院は初めてですか?      • はい      • いいえ
- ★ 当院をお知りになったのは?  
 • ご紹介者 ( ) • ホームページ • 電話帳 • その他 ( )
- ★ どのような症状、理由で来院されましたか?  
 • 痛い所がある  
 • 穴があいている  
 • 歯並びを治してほしい  
 • 歯の検査をしてほしい  
 • フッ素を塗ってほしい  
 • その他 ( )
- ★ 治療のご希望は?  
 • 今、気になる所のみ      • 悪い所は全部
- ★ 今までに治療を受けたことはありますか?  
 • ない  
 • ある ( 才頃)  
   その時の様子は  
 • おとなしかった  
 • いやがった  
 • 泣いた  
 • あばれた  
 • 押さえられて治療した

次のことについてお伺いします。(□にチェック)

1. 歯磨きをする時は  
起床後 朝食後 昼食後 夕食後  
就寝前  
 1回の時間は ( ) 分くらい  
 歯ブラシ以外の清掃用品は  
糸ようじ 歯間ブラシ その他
2. 睡眠 約 ( ) 時間
3. 習慣的飲料物  
なし あり ( )
4. 間食の摂り方  
不規則 規則正しい あまりしない

★ 今まで歯科の治療中に何か異常などありましたか？

- ・血が止まりにくかった
- ・麻酔で気分が悪くなった
- ・その他 ( )

★ 心臓、肝臓・腎臓病など患われた事がありますか？あれば詳しくお書きください。

★ 現在の身体の具合はいかがですか？

- ・特に異常はない
- ・現在通院している

病名 ( ) 病院名 ( ) 担当医 ( )

病名 ( ) 病院名 ( ) 担当医 ( )

★ 現在、服用中のお薬がありますか？

- ・薬名

★ アレルギーはありますか？（あれば具体的にお書きください）

当院では、患者様の悩みをお聞きし、相談しながら、より良い治療、理想のお口の中になるよう進めていきます。気になること、ご質問、ご相談などありましたら何でも結構ですのでお書きください。

### ~~~~~・~~~~~・~~~~~・~~~~~・ お願い・~~~~~・~~~~~・~~~~~・~~~~~

当院は予約制となっております。

他の患者様のご迷惑にならないよう、必ず予約時間はお守りください。

予約時間に遅れて来られた場合、治療内容によってはその日の診療をお断りする事があります。

キャンセル待ちの患者様もいらっしゃいます。予約をやむなくキャンセルされる時はなるべく早めに必ずご連絡ください。

連絡なくキャンセルされた場合は、次回からの診療をお断りする場合があります。

患者様の予約時間のズレ防止と治療時間の確保の為、ご了承ください。

携帯電話の電波が医療機器に影響を及ぼす恐れがあるため、電源は必ずお切り下さい。

### ~~~~~・~~~~~・~~~~~・~~~~~・ 予約について・~~~~~・~~~~~・~~~~~・~~~~~

★ ご希望の予約の曜日、時間があればお書きください。

- ・曜日      · 時

★ キャンセルが出た場合、連絡を希望しますか？

- ・希望する
- ・希望しない